

Análisis de traumatismo en niños y adolescentes para cuidadores (CATS-C) de niños de 3 a 6 años

Nombre _____

Fecha _____

A muchos niños les suceden eventos que los estresa o asusta. Presentamos a continuación una lista de los eventos que suceden a veces y que los estresa o asusta. A su leal entender, marque SÍ si el evento le sucedió al niño. Marque No si no le sucedió al niño.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Desastres naturales serios, como inundaciones, tornados, huracanes, terremotos o incendios. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Accidente o lesión graves, como un choque de automóvil/bicicleta, mordida de un perro, lesión deportiva. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Fue objeto de robo mediante amenazas, fuerza o un arma. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Recibió bofetadas, puñetazos o golpes en la familia. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Recibió bofetadas, puñetazos o golpes por alguien ajeno a la familia. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Vio que alguien de la familia recibió bofetadas, puñetazos o golpes. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Vio que alguien de la comunidad recibió bofetadas, puñetazos o golpes. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Una persona de mayor edad tocó sus partes privadas cuando no debía hacerlo. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Una persona le forzó o presionó a tener relaciones cuando el niño/niña no pudo decir que no. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Una persona cercana al niño falleció repentinamente o violentamente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Fue objeto de ataques, puñaladas, disparos o lesiones. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Vio que una persona fue objeto de ataques, puñaladas, disparos, lesiones graves o que mataron a una persona. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Procedimiento médico que le produjo estrés o miedo. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Estuvo en un lugar que estaba en guerra. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Sufrió otros eventos que lo estresaron o asustaron?
Descríbalos: _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

¿Cuál de estos eventos es el que más perturba al niño? _____

Si marcó eventos que estresaron o asustaron al niño, pase de página y responda las preguntas siguientes.

Marque 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las situaciones siguientes han perturbado al niño en las últimas dos semanas. Responda lo mejor que pueda:

0 Nunca / 1 De vez en cuando / 2 La mitad del tiempo / 3 Casi siempre

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 1. | Tiene pensamientos o imágenes molestos sobre un evento estresante. O vuelve a representar un evento estresante durante el juego. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Tiene pesadillas sobre un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Actúa, juega o siente como si un evento estresante estuviera sucediendo ahora. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Se siente muy molesto desde el punto de vista emocional cuando se le recuerda sobre un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Tiene reacciones físicas fuertes cuando se le recuerda sobre un evento estresante (sudoración, palpitaciones). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Intenta no recordar, hablar ni tener sentimientos acerca de un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Evita las actividades, personas, lugares o cosas que recuerden un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Tiene más estados emocionales negativos (miedo, enojo, culpa, vergüenza, confusión). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Pierde el interés en las actividades que disfrutaba antes del evento estresante. Incluso juega menos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Se retrae socialmente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Demuestra menos los sentimientos positivos (estar feliz, tener sentimientos afectuosos). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Está irritable. O tiene arrebatos de enojo sin un buen motivo y se desquita con otras personas o cosas. Puede incluir berrinches extremos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Está demasiado alerta o en guardia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Está nervioso o se asusta con facilidad. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Tiene problemas de concentración. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Tiene problemas para dormirse o mantenerse dormido. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Total Score: _____

Please mark "YES" or "NO" if the problems you marked interfered with:

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Getting along with others | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | 4. Family relationships | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Hobbies/Fun | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | 5. General happiness | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 3. School or daycare | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | | | |

FOR OFFICE USE ONLY			
TOTAL SCORE:	12+ is Clinical/Services Needed		
Symptom Cluster	# of Symptoms <i>*Only count items rated 2 or 3</i>	# Symptoms Required	DSM-5 Criteria Met?
Re-experiencing Items 1-5		2+	yes/no
Avoidance & Negative Mood/Cognitions Items 6-14		1+	yes/no
Arousal Items 15-20		2+	yes/no
Functional Impairment 5 yes/no		1+	yes/no